序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
21	二类	多发性硬化	21300元/季度	两年
22	二类	湿性年龄相关性黄斑变性	14400元/年	两年
23	二类	恶性肿瘤（非放化疗）	1920元/季度	两年
24	二类	恶性肿瘤（放疗）	无	两年
25	二 类	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	无	两年
26	二类	恶性肿瘤辅助治疗（放射治疗、化学治疗及生物靶向药物治疗期间）	无	两年
27	二类	慢性肾功能不全（腹透治疗）	无	两年
28	二类	慢性肾功能不全（血透治疗）	无	两年
29	二类	血友病	无	长期
30	二类	家庭病床	无	90天
31	二类	急诊留院观察	无	–
32	二类	骨髓纤维化	无	两年
33	二类	骨髓增生异常综合征	无	两年
34	二类	肢端肥大症	12000元/季度	两年
35	二类	肺动脉高压	18000元/季度	长期
36	二类	C型尼曼匹克病	38400元/季度	长期
37	二类	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	12000元/年	两年
38	二类	糖尿病黄斑水肿	14400元/年	两年
39	二类	脉络膜新生血管	14400元/年	两年
40	二类	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	无	3个月

*经确认的参保人须在指定定点医疗机构中选定1家作为本人相应门诊特定病种治疗的定点医疗机构（简称“选定医院”）。选定医院一经确定，原则上一年内不得变更。但参保人确因病情需要、发生户口迁移、居住地变化等情形需要变更选定医院的，可到拟变更的定点医疗机构或本市医保分中心办理变更，亦可线上通过广东政务服务网申请办理变更。其中，分裂情感性障碍、精神发育迟滞、精神分裂症、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、急诊留院观察治疗不受选点限制。

*未经指定定点医疗机构确诊并审核确认的门诊特定病种医疗费用，与所确诊的门诊特定病种不相关的医疗费用，以及在非选定医院就医发生的门诊特定病种基本医疗费用，医疗保险基金不予支付。

*指定定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据参保人病情需要将单次处方医保用药量延长至12周；最高支付限额当期有效，不滚存、不累计。

2. 二类门诊特定病种待遇标准

（1）急诊留院观察起付标准按参保人在三级定点医疗机构住院起付标准确定，每一医保年度只计算一次起付标准。急诊留院观察起付标准以上基本医疗费用按参保人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

急诊留院观察后直接转入本院住院治疗的，其医疗费用并入住院医疗费用中，统一按相应的住院标准结算。

（2）家庭病床起付标准按参保人在一级定点医疗机构住院起付标准确定，每90日需重新计算一次起付标准。家庭病床起付标准以上基本医疗费用按参保人相应的一级定点医疗机构住院基本医疗费用的支付比例确定。

（3）其他二类门诊特定病种不设起付标准，按参保人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

*最高支付限额以上费用医疗保险基金不予支付。

（四）产前门诊检查待遇标准

享受产前门诊检查医疗待遇的参保人，可在我市生育保险定点医疗机构中选定1家进行产前门诊检查。医疗保险基金支付产前门诊检查的具体项目，参照本市生育保险规定的诊疗项目执行，不分甲、乙类，医疗保险基金按50%标准支付，医疗保险基金支付限额为每人每孕次300元。

（五）住院待遇标准

参保人每次住院基本医疗费用统筹基金的起付标准、共付段统筹基金支付比例为：

人员类别	医院级别	起付标准	共付段统筹基金支付比例
大中专学生	一级	150元	90%
	二级	300元	85%
	三级	500元	80%

1.连续住院情形治疗时间每超过90天需重新计算一次起付标准。在专科定点医疗机构连续住院治疗结核病的，每超过180天需重新计算一次起付标准。

2.参保人住院治疗符合出院标准但不按照规定出院的，自定点医疗机构医嘱出院日期之次日起发生的费用，居民基本医疗保险统筹基金不予支付。

3.参保人出院后因病情需要，符合入院标准可再入院治疗，与出院时间长短无关。

4.参保人在本市发生符合计划生育政策规定的生育或终止妊娠的住院医疗费用，按照生育保险政策规定的项目和目录范围及城乡居民医保政策规定的标准执行。

5.参保人因精神病在本市精神病专科医疗机构或者指定综合性医疗机构精神病专科病区住院治疗的，起付标准为0元，不设检验检查费用最高支付限额。

（六）互联网诊疗业务

广州市医保互联网医院可为享受门诊特定病种待遇的参保人提供医保互联网复诊服务，参保人按规定在医保互联网医院复诊发生的合规医疗费用，享受相应的医保门诊特定病种待遇。

四、大病保险待遇

参保人无需另行缴费，还可在享受城乡居民医保待遇基础上享受大病保险待遇：

（一）参保人住院或进行门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用中，属于城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用由大病保险资金按以下标准支付：

1.全年累计1.8万元以上（不含1.8万元）、3.6万元及以下部分，由大病保险资金支付60%。

2.全年累计3.6万元以上、城乡居民医保统筹基金最高支付限额及以下部分，由大病保险资金支付75%。

3.属于享受本市医疗救助医疗费用减免待遇的参保人，全年累计个人自付费用3500元以上（不含3500元）、城乡居民医保统筹基金最高支付限额及以下部分，由大病保险资金支付80%。

（二）参保人住院或进行门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用，全年累计超过城乡居民医保统筹基金最高支付限额以上部分，由大病保险资金支付90%。

（三）2026年大病保险年度最高支付限额为40万元；连续参保2年及以上的参保人，年度最高支付限额为45万元；对2025年基金零报销的居民医保参保人员，2026年在其大病保险年度最高支付限额基础上提高3800元；对享受本市医疗救助医疗费用减免待遇的参保人，不设年度最高支付限额。

五、待遇等待期调整机制

自2025年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于6个月。

六、温馨提示

（一）在定点医疗机构就医过程中的门诊选点、门诊特定病种待遇确认、转诊转院等事项一般可由定点医疗机构直接办理，具体可到定点医疗机构医保办或医务部门咨询、反映，无需到医保分中心办理。

（二）本简介未尽之处，可通过以下方式查询：

1.广州医保AI智能咨询服务平台（关注广州医保微信公众号→医保互动→AI智能咨询，获取AI智能服务）

2.网站

广东政务服务网https://www.gdzwfw.gov.cn/

3.电话

广州12345政务服务便民热线：（020）12345

4.亲临我市各医保分中心，具体信息可扫描以下二维码获取。

广州医保微信公众号

温馨提示：本资料内容如果与政策文件有出入或政策发生调整，请以最新公布的政策为准。

中国医疗保障 CHINA HEALTHCARE SECURITY

广州市城乡居民基本医疗保险

待遇简介

（大中专院校学生篇）



（2026年度）

广州市医疗保险服务中心
2026年10月 编印

前 言

本简介适用于参加我市城乡居民医保的大中专院校学生（以下统称“大中专参保学生”），包括在本市行政区域内的各类高等院校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所等院校的全日制在校学生。

一、城乡居民医保待遇范围

- 城乡居民基本医疗保险统筹待遇
  - 普通门诊待遇
  - 门诊特定病种待遇
    - 一类门特
    - 二类门特
  - 生育医疗待遇
  - 住院待遇
- 城乡居民大病保险待遇

＊参保人在医保就医过程中，应出示有效基本医疗保险凭证，并配合定点医疗机构进行身份核实。

＊首次进行普通门诊（含急诊，下同）、产前门诊检查、门诊特定病种就医，请按规定办理相关手续。

＊基本医疗保险凭证包括：医保电子凭证、社会保障卡或者居民身份证等。

医保电子凭证是由国家医疗保障信息平台统一签发的医保身份识别电子介质。参保人可通过国家医保服务平台App、微信、支付宝、银联云闪付App、协议银行App等渠道办理医保电子凭证申领及激活。有关医保电子凭证的激活、使用等相关业务指引可前往“广州医保”公众号查询；如激活、使用过程中遇到问题，可拨打12345热线进行咨询。

二、城乡居民医保待遇相关名词解释

（一）医保目录

指属于国家、省规定医保药品、医疗服务项目及医用耗材目录的统称。

广州市执行国家、省规定的医保目录政策。符合医保目录范围及支付标准的医疗费用，方可由医疗保险基金按规定支付。其中，医保目录内甲类项目不设定个人先自付比例，由基本医疗保险基金按规定支付，乙类项目需先由参保人自付一定比例后，再由基本医疗保险基金按规定支付。

乙类项目类别	个人先自付比例
药品	15%
治疗项目	20%
检查项目	30%
可单独收费的一次性医用材料	30%
安装各种人造器官和体内置放材料	50%

（二）基本医疗费用

指属于国家、省基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录、支付范围和支付标准的医疗费用，但不含个人按照规定比例先自付的费用以及超限额标准的费用。

（三）起付标准费用

基本医疗费用中，医疗保险基金支付前由参保人自付的医疗费用。

（四）住院检验检查费限额

参保人每次住院纳入基本医疗费用计算的检验检查费，按医疗机构级别设置最高支付限额。

定点医疗机构级别	一级	二级	三级
限额标准	500元	1000元	1500元

（五）共付段费用

基本医疗费用中，起付标准以上的费用。该部分费用由医疗保险统筹基金和参保人按规定比例共同分担。

（六）个人自付费用和个人自费费用

相关费用由个人全额负担。具体如下：

1.个人自付费用是指参保人就医所发生的医疗费用中，由个人负担的属于医保目录范围内自付部分的费用，包括起付标准费用、乙类项目个人先自付费用、共付段费用中个人自付部分、超限额标准费用。

2.个人自费费用是指参保人就医所发生的医疗费用中，按照有关规定不属于医保目录范围内而全部由个人支付的费用。

（七）统筹基金年度最高支付限额（封顶线）

在一个医保年度内，参保人住院、指定单病种、门诊特定病种、普通门诊以及符合生育政策规定的生育医疗费用，统筹基金年度累计最高支付限额为缴费基数的6倍。2026年度最高支付限额为373,050元。

（八）广州市医保互联网医院

指经卫生健康行政部门批准开展互联网诊疗活动，且自愿向医疗保险经办机构申请签订补充协议，可为广州市参保人提供医保互联网复诊服务的定点医疗机构。

三、城乡居民医保待遇标准

大中专参保学生可按规定享受普通门诊、住院、门诊特定病种（含一类门诊特定病种及二类门诊特定病种）、指定单病种以及符合生育政策规定的生育医疗待遇。

（一）普通门诊待遇标准

1.方式一

自主选择本校医疗机构或其他医疗机构（简称“学校选定医疗机构”）为本校学生提供普通门诊医疗服务，并与医疗保险经办机构签订协议的大中专院校，其参保学生按以下方式享受普通门诊待遇：

学校选定医疗机构按照普通门诊药品目录及社会医疗保险有关规定为大中专参保学生提供普通门诊医疗服务。大中专参保学生在学校选定医疗机构就医发生的普通门诊费用，普通门诊专项资金的支付比例不得低于90%；在其他医疗机构就医发生的普通门诊费用，普通门诊专项资金的支付比例由大中专院校自行确定。

大中专参保学生因毕业、退学等情况的，可凭毕业证书等到本市拟选定医疗机构或医疗保险经办机构办理普通门诊选定医疗机构手续后，按规定到其选定医疗机构享受相应的普通门诊待遇。

2.方式二

其他大中专参保学生在选定的定点医疗机构进行门诊就诊，发生的属于本市社会医疗保险普通门诊药品目录范围内的基本医疗药费，由统筹基金按以下规定支付：

基层医疗机构		其他医疗机构和指定专科医疗机构	年度最高支付限额
规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品		
80%	88%	50%（直接就医）	1000元/人
		55%(经基层医疗机构转诊)	

（二）一类门诊特定病种待遇标准

统筹基金支付一类门诊特定病种基本医疗费用，应当符合我市社会医疗保险一类门诊特定病种目录范围。

1．一类门诊特定病种的类别及审核确认

广州市一类门诊特定病种均须指定定点医疗机构确诊并审核确认，共27种：

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
1	一类	高血压病	150元/季度	长期
2	一类	糖尿病	150元/季度	长期
3	一类	高脂血症	150元/季度	长期
4	一类	冠心病	150元/季度	长期
5	一类	慢性心功能不全	150元/季度	长期
6	一类	脑血管疾病后遗症	150元/季度	长期
7	一类	支气管哮喘	150元/季度	长期
8	一类	慢性阻塞性肺疾病	150元/季度	长期
9	一类	心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗	150元/季度	长期
10	一类	类风湿性关节炎	150元/季度	长期
11	一类	骨关节炎	150元/季度	长期
12	一类	甲状腺功能减退症	150元/季度	长期
13	一类	银屑病	150元/季度	长期
14	一类	肝豆状核变性病（铜代谢障碍）	150元/季度	长期
15	一类	淋巴结核	150元/季度	长期
16	一类	肌萎缩侧索硬化症	150元/季度	长期
17	一类	系统性红斑狼疮	150元/季度	长期
18	一类	帕金森病	150元/季度	长期
19	一类	阿尔茨海默氏病	150元/季度	长期
20	一类	癫痫	150元/季度	长期
21	一类	慢性肾功能不全（非透析治疗）	150元/季度	长期
22	一类	慢性肾小球肾炎	150元/季度	长期
23	一类	肝硬化（含失代偿期）	150元/季度	长期
24	一类	强直性脊柱炎	150元/季度	长期
25	一类	溃疡性结肠炎	150元/季度	长期
26	一类	克罗恩病	150元/季度	长期
27	一类	普拉德-威利综合征	150元/季度	长期

*指定定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据参保人病情需要将单次处方医保用药量延长至12周；最高支付限额当期有效，不滚存、不累计。

*参保人最多可选择其中3个病种享受医疗保险待遇。

*已申办享受一类门特待遇的参保人，如需使用单独支付范围药品进行门特治疗并享受有关药品单独支付待遇的（有关药品费用按相应的住院支付比例执行，不纳入相应门特病种的季度限额），每个门特病种可选定1家医疗机构作为开具一类门特单独支付药品的定点机构。如未按规定办理选点手续，参保人在一类门特待遇中使用的单独支付范围药品费用，将按一类门特待遇享受，并纳入相应门特病种的季度限额。

2.待遇标准：

（1）起付标准：无

（2）统筹基金支付比例：

基层医疗机构		其他医疗机构
规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	
85%	93.5%	65%

（三）二类门诊特定病种待遇标准

医疗保险基金支付二类门诊特定病种基本医疗费用，应当符合我市社会医疗保险二类门诊特定病种目录范围。

1．二类门诊特定病种的类别及审核确认

除急诊留观外，其余病种都须经审核确认。

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
1	二类	分裂情感性障碍	1200元/季度	长期
2	二类	精神发育迟滞	1200元/季度	长期
3	二类	精神分裂症	1200元/季度	长期
4	二类	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	1200元/季度	长期
5	二类	双相（情感）障碍	1200元/季度	长期
6	二类	癫痫所致精神障碍	1200元/季度	长期
7	二类	慢性乙型肝炎	1440元/季度	两年
8	二类	心房颤动抗凝治疗	1440元/季度	两年
9	二类	艾滋病	1920元/季度	长期
10	二类	活动性肺结核	1920元/季度	一年
11	二类	耐多药肺结核	1920元/季度	两年
12	二类	小儿脑性瘫痪	1920元/季度	两年
13	二类	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	9000元/季度	长期
14	二类	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	10500元/季度	6个月
15	二类	再生障碍性贫血	18000元/季度	两年
16	二类	肺脏移植术后抗排异治疗	18000元/季度	两年
17	二类	肝脏移植术后抗排异治疗	18000元/季度	两年
18	二类	造血干细胞移植后抗排异治疗	18000元/季度	两年
19	二类	肾脏移植术后抗排异治疗	18000元/季度	两年
20	二类	心脏移植术后抗排异治疗	18000元/季度	两年